

The Effectiveness of Art Therapy with a Drawing Approach on the Social Skills of Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Bitá Shalani¹, Jahangir Karami^{2,*}, Khodamorad Momeni²

¹ MA. Student of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

² PhD in Psychology, Associate Professor, Razi University, Kermanshah, Iran

* Corresponding author: Jahangir Karami, PhD in Psychology, Associate Professor, Razi University, Kermanshah, Iran. Tel: +98-9213851749, E-mail: bita.shalani@gmail.com

Received: 19 Aug 2015

Accepted: 20 Feb 2016

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder is the most common neuro-developmental disorder during childhood, which leads to problems in social skills as well as family life. The purpose of the present research was to investigate the role of painting therapies on improving social skills in students at primary schools.

Methods: This research was based on an experimental methodology, with pretest-posttest design and control group. The statistical population included all primary school ADHD children aged 7 to 11 years old, residing in area three of Kermanshah city, which were selected from five schools through multi-stage cluster sampling. Twenty-four students were selected as the sample group and were allocated to experimental and control groups equally and randomly. The intervention was performed for the experimental group for 10 sessions and twice a week for 45-60 minute. The research instruments were Connors Rating Scale (CRS) for teachers and Gresham & Elliott social skills scale.

Results: In order to analyze the data, the statistical method of covariance was used. The results showed that social skills were significantly increased in the experimental group ($P < 0.001$).

Conclusions: The results showed that art therapy could be used as a suitable method for improving social skills in children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: Art Therapy; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Paintings; Social Skills

اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

بیتا شلانی^۱، جهانگیر کرمی^{۲*}، خدامراد مؤمنی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

^۲ دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشیار دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسئول: جهانگیر کرمی، کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روانشناسی، دانشیار دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۹۲۱۳۸۵۱۷۴۹، ایمیل: bita.shalani@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۲۸

چکیده

مقدمه: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رایج‌ترین اختلال عصب‌تحوالی در دوران کودکی است که مشکلاتی را هم در زمینه مهارت‌های اجتماعی و هم در زمینه خانواده ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه کودکان بیش‌فعال سن ۸ تا ۱۲ سال مدارس ابتدایی ناحیه سه شهر کرمانشاه بود که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای، تعداد ۲۴ نفر به عنوان گروه نمونه، انتخاب و به طور تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جلسات برای گروه آزمایش در ۹ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای و دوبار در هفته انجام گرفت. ابزار پژوهش، مقیاس کانرز معلمان و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و البوت بود. یافته‌ها: نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش یافته است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که هنردرمانی می‌تواند بعنوان روشی مناسب در بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مهارت‌های اجتماعی، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نقاشی، هنردرمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلال نارسایی نارسایی توجه/فزون‌کنشی یک اختلال عصب‌تحوالی می‌باشد که به وسیله نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی، و ناتوانی در کنترل تکانه مشخص می‌شود (۱)، این اختلال تا زمان بزرگسالی ادامه می‌یابد و شیوع آن در پسران ۳ تا ۹ بار بیشتر از دختران است، همچنین با آسیب‌هایی در زمینه‌های اجتماعی، شناختی، رشدی، هیجانی، و عملکرد تحصیلی، همراه می‌باشد. این اختلال ۵ تا ۱۱ درصد کودکان دبستانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و شیوع آن در بین افراد با سنین مختلف، متفاوت می‌باشد، به طوری که ۱۱ درصد افراد در سنین ۶ تا ۱۲ سال، ۸ درصد در سنین ۱۳ تا ۱۸ سال، و بیش‌تر از ۵ درصد در ۱۹ سالگی تا بزرگسالی را در بر می‌گیرد (۲). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند. برخی متخصصان بر این عقیده‌اند که مشکلات اجتماعی در این کودکان باید یک ویژگی شاخص اختلال در تشخیص آن به حساب آید. این کودکان در برخی از موارد

حتی از کودکان پرخاشگر نیز، بیشتر مورد تنفر همسالان هستند. مشکلات اجتماعی این کودکان در برخی موارد تا سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به این اختلال در مقایسه با همسالان بدون این اختلال، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان و والدین، برادر-خواهرها، و معلمان و محدودیت در مهارت‌های پیدا کردن دوست و نگهداری آن تجربه می‌کنند، این مشکلات بر ادراک خود مثبت کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر می‌گذارد (۳). یکی از علت‌های انتقال این مشکلات به نوجوانی، طرد شدن این کودکان در سنین مدرسه توسط همسالان می‌باشد که موجب از دست رفتن فرصت‌های یادگیری مهارت‌های اجتماعی می‌شود (۴). هنردرمانی بعنوان یکی از مولفه‌های مهارت‌های اجتماعی و به این دلیل که کودکان آن را فعالیتی قابل قبول می‌دانند، می‌تواند تمایل کودکان را به شریک شدن، افزایش دهد، و به گسترش تعاملات افراد کمک کند (۵). شکل‌های متنوع هنردرمانی برای درمان انواع مختلف مشکلات رفتاری مؤثر می‌باشد. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که هنردرمانی برای درمان کودکان مبتلا به

و در نهایت ۲۴ نفر از پسران بیش فعال که مهارت‌های اجتماعی پایینی بر اساس پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت داشتند، با توجه به معیارهای ورود و خروج پژوهش به طور تصادفی انتخاب و در گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. سپس افراد گروه مداخله در ۹ جلسه هنردرمانی، هر هفته دو جلسه و هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه، شرکت کردند. در این مدت گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی توسط معلمین هر دو گروه مداخله و شاهد تکمیل شد و داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص نارسائی توجه/فزون‌کنشی، رضایت والدین، حضور دانش‌آموز حداقل به مدت ۴ ماه در کلاس، و ملاک خروج نیز شامل انجام مداخلات همزمان بود. مقیاس درجه‌بندی معلم کانرز برای تشخیص بیش‌فعالی/نقص توجه مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۳۸ گویه چهار گزینه‌ای است. پرسشنامه کانرز دارای دو فرم والدین و معلمان است و با توجه به احتمال سوگیری والدین در گزارش‌دهی و عدم گزارش واقعی ناخواسته، از فرم معلمان استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۵).

نظام درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت یک مقیاس درجه‌بندی مرجع است که می‌تواند برای سنجش کنش‌وری اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی تا پایه دوازدهم به کار رود. در پژوهش حاضر، از فرم معلم مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی دوره دبستان و فقط بخش مهارت‌های اجتماعی آن استفاده شد. بخش مهارت‌های اجتماعی این مقیاس دارای ۳۰ گویه است که سه خرده مقیاس همکاری، جرئت ورزی، و خود مهارگری را می‌سنجد. پایایی آن طی چند بررسی ۰/۷۷ و ۰/۹۹ گزارش شده و در گروهی از کودکان عادی این ضرایب از ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای فرم‌های معلمان و والدین متغیر بوده است (۱۶). در مطالعه حاضر جهت بررسی شاخص پایایی پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۸۲ بدست آمد. این پژوهش شامل ۹ جلسه نقاشی‌درمانی برگرفته از "طرح‌های هنر گروهی برای کودکان مبتلا به اتیسم" می‌باشد که با هدف تشویق تعامل فیزیکی و کلامی، ایجاد مهارت‌های اجتماعی، دوستی، صمیمیت، توجه به جزئیات و هم‌گروه‌ها، همکاری با هم، رعایت نوبت، آگاهی از بدن و زبان بدن در قالب هنر و به شکلی لذت بخش و راحت برای کودکان طراحی شده‌اند (۱۷). پس از توجیه اولیای مدرسه و والدین، جلسات برای دانش‌آموزان اجرا شد (جدول ۱).

نتایج

در این بخش نخست اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها ارائه شده است و سپس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر مداخله هنردرمانی بر مهارت‌های اجتماعی ارائه شده است. با توجه به تأیید شدن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون بلامانع است. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۱۲ نفر گروه مداخله و ۱۲ نفر گروه شاهد با دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال بودند. شاخص‌های توصیفی مقیاس مهارت‌های اجتماعی در جدول ۲ ارائه شده است.

اختلال نارسائی توجه/فزون‌کنشی (۶)، مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اتیسم (۷)، مهارت ارتباط بین فردی زنان مبتلا به اختلالات روانی (۸)، مهارت‌های ارتباطی کودکان (۹)، مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر خجالتی (۱۰)، مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر (۱۱)، و رشد مهارت‌ها در کودکان پیش‌دبستان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه (۱۲) مؤثر می‌باشد. هنردرمانی در ایجاد روابط مثبت با دیگران، مدارا کردن، پذیرش دیگران، و بهبود مهارت‌های اجتماعی مؤثر است. دارا بودن خزانه رفتارهای اجتماعی قوی موجب می‌شود که کودکان از نظر قابلیت اجتماعی در سطح بالایی قرار بگیرند، از آن‌جا که کودکان مبتلا به این اختلال با همسالان خود مشکلات بیش‌تری را تجربه می‌کنند، در معرض خطر بالایی هستند، در نتیجه بررسی مهارت‌های اجتماعی در آنان باید مورد توجه خاصی قرار بگیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرد شدن توسط همسالان در افراد مبتلا به این اختلال، مشکلاتی چون افسردگی و خودکشی، اخراج از مدرسه و شکست تحصیلی، سوءاستفاده از مواد، موفقیت‌های شغلی پایین، جرم و جنایت، و بزهکاری در دوره نوجوانی را پیش‌بینی می‌کند (۱۳). اگر چه دارودرمانی و رفتاردرمانی درمان‌های اولیه برای این اختلال هستند و مؤثر بودن آن‌ها هم به شکل مستقل و هم به شکل ترکیبی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال، رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه نشان داده شده است اما اثربخشی این روش‌ها در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان و بهبود روابط با همسالان معنادار نبوده است (۱۴). هنر یک ابزار عالی برای برقراری ارتباط می‌باشد، تقسیم ایده‌ها، تصاویر، و احساسات در حین انجام کار به رشد این مهارت‌ها کمک می‌کند. نقاشی به دلیل کم هزینه و در دسترس بودن، جذابیت برای کودکان و علاقه مندسازی آن‌ها به انجام تمرین‌ها، مزیت‌های نسبی زیادی در مقایسه با سایر روش‌های بهبود مهارت‌های اجتماعی دارد و می‌تواند یکی از این روش‌های درمانی باشد. از آن‌جایی که این اختلال سبب ایجاد مشکلاتی در فرایند اجتماعی شدن کودک می‌شود، بنابراین توجه به مهارت‌های اجتماعی در آموزش این کودکان ضروری می‌باشد، و از طرف دیگر برای کنترل و درمان این اختلال در ایران تحقیقات کمی در زمینه مداخله‌های هنری و غیردارویی انجام گرفته است، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر هنردرمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال نارسائی توجه/فزون‌کنشی و پاسخ به این سؤال است که آیا هنر درمانی می‌تواند بعنوان روشی جدید به همراه دارو درمانی در درمان این کودکان مورد استفاده قرار گیرد؟

روش کار

روش مطالعه حاضر تجربی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری شامل کلیه کودکان بیش‌فعال سنین ۸ تا ۱۲ سال مدارس ابتدایی ناحیه سه شهر کرمانشاه می‌باشند که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای، ۵ مدرسه انتخاب شد و با توجه به نتایج پرسشنامه کانرز معلمان مواردی که دارای اختلال بیش‌فعالی تشخیص داده شدند به صورت موردی و بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد ارزیابی قرار گرفته

می‌باشد. برای بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌های مشاهده شده از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در [جدول ۳](#) ارائه شده است.

همانطور که در [جدول ۱](#) مشخص شده است، میانگین‌های گروه مداخله و شاهد در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد، اما مقایسه میانگین‌ها در پس‌آزمون نشان‌دهنده افزایش مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش

جدول ۱: برنامه نقاشی گروهی، مارتین (۲۰۰۹)

جلسه	عنوان	فعالیت
۱	ترسیم سایه	یکی از کودکان یک چراغ قوه را نگه می‌دارد، یک کودک جلوی کاغذ ایستاده و سایه را ایجاد کرده، و کودک دیگر باید سایه را ترسیم کند.
۲	ترسیم بدن	کودکان به نوبت به هر حالتی که مایل هستند روی کاغذ دراز می‌کشند و بدن یکدیگر را ترسیم می‌کنند و داخل طرح را با جزئیات بدن خود یا بدن هم‌گروه پر می‌کنند.
۳	تصور کردن	کودکان در قالب یک گروه به نوبت راجع به موضوع انتخاب شده به نقاشی کشیدن بپردازند.
۴	ترسیم صورت	هر کودک برای خود یک هم‌گروه انتخاب می‌کند و سپس روبه‌روی یکدیگر می‌نشینند و صورت هم‌گروه خود را می‌کشند.
۵	ترسیم تعاملی صورت	کودکان به نوبت یک قسمت از صورت دوست خود را می‌کشند (برای مثال یک کودک چشم‌ها را می‌کشد، سپس مازیگ را به کودک دیگر داده تا بینی را بکشد و ...).
۶	ترسیم بدن یکدیگر	کودکان به صورت گرد می‌نشینند و به نوبت یکی از آن‌ها انتخاب می‌شود (هر بار یک نفر) و بعنوان مدل وسط می‌نشیند. مدل باید بتواند تا زمانی که سایر کودکان نقاشی را تمام می‌کنند منتظر بماند.
۷	نقاشی بر پارچه	کودک یک تکه پارچه را به سلیقه خود با رنگ تزیین می‌کند (استفاده آزادانه از مازیگ، چسباندن نخ و ...). زمانی که پارچه‌ها خشک شدند، تکه‌ها را به هم بچسبانید تا یک پتو درست شود.
۸	جعبه‌های دوستی	هر کودک یک جعبه را نقاشی و با سلیقه خود تزیین می‌کند (استفاده از عکس‌های گروه، نقاشی موضوعات مورد علاقه و ...). سپس هر کودک بر روی هر جعبه یک نقاشی می‌کشد. نقاشی باید درمورد صاحب جعبه باشد.
۹	نمایش هنر	تمامی آثار ایجاد شده توسط کودکان در جلسه‌های قبل، به نمایش گذاشته می‌شود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۷/۵۸	۴/۲۳	۳۳/۹۲	۵/۰۳
کنترل	۱۸/۲۵	۴/۴۱	۱۷/۹۹	۵/۷۲
کل	۲۲/۹۲	۶/۳۷	۲۵/۹۲	۹/۷۲

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مهارت‌های اجتماعی	۳۰۹/۶۸	۱	۱۲۱/۵۸۰	۷/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶
همکاری	۲۶۳/۳۱۸	۱	۲۶۳/۳۱۸	۳۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳
جرات ورزی	۲۰۰/۵۶	۱	۲۰۰/۵۶	۳۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
خودمهارگری	۱۰۰/۲۷۷	۱	۱۰۰/۲۷۷	۱۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هنردرمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. نتایج نشان داد که هنردرمانی توانسته است که سطح مهارت‌های اجتماعی این کودکان را افزایش دهد، به عبارتی نمرات کودکانی که تحت هنردرمانی قرار گرفته بودند نسبت به گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند بیشتر شده بود. این یافته نشان‌دهنده اثربخش بودن هنردرمانی بعنوان یک مداخله غیردارویی می‌باشد. یافته حاصل از این

نتایج [جدول ۲](#) نشان می‌دهد F به دست آمده برای متغیر مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار است. با توجه به میزان مجذور اتا، اثرگذاری بر خرده مقیاس جرات‌ورزی بیشتر از سایر خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی است (۰/۶۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله هنردرمانی منجر به تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است، در واقع حضور در گروه آزمایشی و دریافت کاربندی آزمایشی، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی در این گروه شد.

دارو نمی‌تواند رفتار مثبت اجتماعی را در این کودکان افزایش دهد، مشکلاتی مانند پردازش اطلاعات اجتماعی، و خلق گرفته به محرک‌ها کمتر پاسخ می‌دهند. بی‌خوابی، تیک، تحریک‌پذیری، و بی‌اشتهایی از عوارض جانبی محرک‌هاست که باعث محدودیت مصرف آن‌ها می‌شود، علاوه بر این خطر جدی سوءمصرف و وابستگی دارویی به محرک‌ها وجود دارد، بنابراین درمان‌های جایگزین و مؤثر برای درمان این اختلال ضرورت دارد (۲۴)، علاوه بر این نیاز پیشرونده برای درمان افرادی که از مهارت‌های اجتماعی لازم برخوردار نیستند مخصوصاً برای افراد بیش‌فعال که بیشتر در معرض خطر آسیب‌های عدم مهارت‌های اجتماعی قرار دارند احساس می‌شود. بارکلی دریافت که ۸۱ درصد این کودکان مشکلاتی با همسالان خود داشته و در روابط اجتماعی دچار مشکلات زیادی هستند. لذا امروزه درمان‌هایی که بر روی بهبود مهارت‌های اجتماعی تأکید می‌کند در اولویت و مفید به نظر می‌رسند. با توجه به این‌که میزان شیوع بالای این اختلال در طول زمان هزینه‌های زیادی بر کودک، خانواده، و اطرافیان وارد می‌سازد، بررسی روش‌های مختلف در افزایش مهارت‌های اجتماعی این کودکان ضرورت دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان گفت که نارسایی توجه/افزون‌کنشی با اختلال در مهارت‌های اجتماعی در زندگی روزمره و عملکرد اجتماعی همراه است، و هنردرمانی روشی مناسب و مؤثر در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال می‌باشد. نقاشی به عنوان یکی از زیرشاخه‌های هنر وسیله مناسبی برای برقراری ارتباط با کودکان می‌باشد که از طریق آن می‌توان به افراد در جهت افزایش مهارت‌های اجتماعی کمک و از بروز مشکلات در بزرگسالی جلوگیری کرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود از هنر و نقاشی در مسائل آموزشی نیز استفاده کرد چرا که کودکان به هنر و نقاشی علاقه دارند و از این طریق می‌توان با آن‌ها ارتباط مناسبی برقرار کرد. و همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری به بررسی ماهیت مهارت‌های اجتماعی و پیامدهای بلندمدت و کوتاه‌مدت عدم آن در کودکان بیش‌فعال بپردازند و بر رشد راهکارهای درمانی مناسب توجه کنند.

سپاسگزاری

در پایان از معلمان، و مدیران مدارس ناحیه سه شهر کرمانشاه جهت همکاری در پیشبرد این پژوهش تشکر می‌شود.

تضاد منافع

این تحقیق حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه می‌باشد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th Edition: DSM-5: American Psychiatric Association; 2003.
2. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9. DOI: [10.1007/s13311-012-0135-8](https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8) PMID: 22976615

پژوهش با نتایج پژوهش‌های شوویزر و همکاران (۷)، قنبری هاشم‌آبادی و ابراهیمی‌نژاد (۸)، آنیم (۹)، شهری و همکاران (۱۰)، اکبری و همکاران (۱۱) الحیرری و فیصل (۱۲) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته بدست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت اثرگذاری نقاشی‌درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی به واسطه تسهیل‌کنندگی در گسترش میزان ارتباط بین کودکان با یکدیگر و با درمانگر، افزایش صمیمیت، خودآشناسازی، بی‌پرده‌گویی، و کشف استعدادها و نقاط ضعف درمانجویان در یک رابطه مبتنی بر کشیدن نقاشی است. زمانی که این فرایند در قالب گروه قرار بگیرد، اثربخشی آن بیشتر خواهد شد و سطح ارتباط اجتماعی افراد را بهبود می‌بخشد. اهداف مشترک بر موقعیت‌ها و حیطه‌های عملکرد شخصی مانند تعامل با دیگر افراد تأثیر می‌گذارد (۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که این کودکان از طریق مواد دیداری مانند نقاشی، خمیر گلی و موادی که کودک می‌تواند آن را لمس کند، یادگیری بهتری دارند (۱۹). همچنین مطابق نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا (۲۰)، مهارت‌های اجتماعی و بسیاری از رفتارهای انسان از طریق تعامل چندجانبه بین تأثیرات شناختی، رفتاری، و محیطی یاد گرفته می‌شود. بنابراین بعنوان تبیینی دیگر می‌توان گفت که کودکان با مشاهده رفتار همسالان و دوستان خود در گروه از طریق الگوبرداری و توجه به روابط اجتماعی آن‌ها، رفتارهای مناسب را مشاهده و پس از مرور ذهنی آن را بازآفرینی می‌کنند. از آن‌جا که محیط‌های اجتماعی تأثیر بسیار مهمی در تحول مهارت‌های اجتماعی و فرایند اجتماعی شدن کودکان دارند (۲۱)، بودن افراد در گروه و انجام فعالیت‌های گروهی می‌تواند به عنوان منابع اطلاعاتی مهمی درباره رفتار اجتماعی کودکان محسوب شود و زمینه را برای کسب یادگیری‌های متفاوت از جمله مهارت‌های اجتماعی آماده سازد، به این صورت که افراد در گروه با هم در تعامل هستند و از این طریق همکاری و مهارت‌های اجتماعی خود را وسعت می‌بخشند.

مهارت‌های اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دوران کودکی شناخته شده است (۲۲). مهارت‌های اجتماعی رفتارهای آموخته شده‌ای هستند که فرد را قادر می‌سازند به طور مؤثری با دیگران تعامل داشته باشد، نتایج مثبتی در موقعیت‌های اجتماعی کسب کند، از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند، و مورد پذیرش جامعه باشد. مهارت‌های اجتماعی قابل آموزش هستند (۲۳). مهارت‌های اجتماعی می‌تواند توانایی فرد را برای برقراری ارتباط صحیح با دیگران افزایش دهد. با توجه به عوارض داروها و تأثیرات بلندمدت آن، والدین و پزشکان استفاده از دارو به تنهایی را در بهبود نشانه‌های این اختلال زیاد مؤثر نمی‌دانند. بنابراین توجه به درمان‌های غیر دارویی نیز حائز اهمیت است. در پژوهشی نشان داده شد که درمان به وسیله

3. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment: Guilford Publications; 2005.
4. Khanzadeh AH. [Teaching social skills to children with attention deficit/hyperactivity disorder]. *Special Edu*. 2013;8(12):23-41.
5. Smeijsters H, Kil J, Kurstjens H, Welten J, Willemars G. Arts therapies for young offenders in secure care—A practice-based research. *Art Psychotherap*.

- 2011;38(1):41-51. DOI: [10.1016/j.aip.2010.10.005](https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.10.005)
6. Shams E, Nazeri A. [An Investigation of Painting Therapy Effectiveness in Improving Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary School Students]. Reef Resourc Assess Manag Technic Paper. 2014;40(5):115-25.
7. Schweizer C, Knorth EJ, Spreen M. Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on 'what works'. Art Psychotherap. 2014;41(5):577-93. DOI: [10.1016/j.aip.2014.10.009](https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.009)
8. Ghanbari Hashemabadi BA, Ebrahim Nejad M. [The effect of group art therapy on interpersonal communication skills of women with chronic mental disorders admitted to a rehabilitation center and chronic psychiatric patients]. J Ment Health. 2011;13(3):9-22.
9. Anim JO. The role of drawing in promoting the children's communication in Early Childhood Education. Norway: College of Applied Sciences, University of Malta; 2012.
10. Shahri M, Moeinikia M, Zahed A, Narimani M. Investigation the Impact of Paint Therapy on Communication Skills of Shyness Girl Students. Procedia-Social Behav Sci. 2014;128(3):327-31.
11. Akbari H, Momeni KH, Yazdanbakhsh K. [Effect of Painting therapy on social skills in Educable Intellectually Disabled Students]. Kermanshah, Iran: Razi University; 2013.
12. Al Hariri A, Faisal E. Effects of Teaching Art Activities by Using the Playing Method to Develop Skills in Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Develop Disabil. 2013;19(1):79-89.
13. Mikami AY, Hinshaw SP. Resilient adolescent adjustment among girls: buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol. 2006;34(6):825-39. DOI: [10.1007/s10802-006-9062-7](https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7) PMID: [17051436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17051436/)
14. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? J Consult Clin Psychol. 2005;73(3):411-23. DOI: [10.1037/0022-006X.73.3.411](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.411) PMID: [15982139](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15982139/)
15. Shahim S, Yousefi F, Shahaiyan A. [Normative data and psychometric properties of Conners Teacher Rating Scale]. J Edu Psychol. 2007;3(1):1-26.
16. Shahim S. [Social skills in a group of educable mentally retarded children using the Social Skills Rating System]. Psychol Edu Sci. 1999;14(3):18-37.
17. Martin N. Art as an Early Intervention Tool for Children with Autism: Jessica Kingsley Publishers; 2009.
18. Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods, and critical issues in design and implementation. J Abnorm Child Psychol. 2000;28(6):483-505. PMID: [11104313](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104313/)
19. Kordlu M, Ismaili Z, Azadi I. [Hyperactivity: optimal strategies in dealing with hyperactive children]. Special Edu. 2013;4(113):38-48.
20. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organiz Behav Human Decision Proc. 1991;50(2):248-87. DOI: [10.1016/0749-5978\(91\)90022-I](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-I)
21. Farrenkopf C, Howze Y, Sowell V, editors. Social skills development for preschool children with visual impairments. 73rd International Convention of the Council for Exceptional Children; 1995; Indianapolis.
22. Jamyang-Tshering K. Social competence in Preschoolers: An evaluation of the psychometric properties of the preschool Social Skills Rating System (SSRS). New York: Pace University; 2004.
23. Wilson KP. Incorporating Video Modeling Into a School-Based Intervention for Students With Autism Spectrum Disorders. Lang Speech Hear Serv School. 2013;44(1):105. DOI: [10.1044/0161-1461\(2012\)11-0098](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012)11-0098)
24. Pierce K. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatr Ann. 2011;40(11):556-62. DOI: [10.3928/00904481-20111007-06](https://doi.org/10.3928/00904481-20111007-06) PMID: [22066507](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22066507/)